

Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»

ISSN 1692-0945

Nº 21 – Junio de 2011



IMPLICACIONES CLÍNICAS DEL USO DE LOS MANUALES DIAGNÓSTICOS

Catalina Echeverri
Laura Londoño
Adriana Álvarez

Los seres humanos gran parte del tiempo hacemos juicios y clasificamos nuestro mundo, como una manera de entenderlo, ordenarlo, relacionarnos con él, muestra de ello son las extensas clasificaciones de animales, plantas, objetos que el hombre ha construido a lo largo de su historia; de estas clasificaciones no escapa la imperiosa necesidad de clasificar, nombrar, caracterizar las enfermedades mentales; de este modo, los manuales diagnósticos aparecen y se consolidan como una respuesta frente la incertidumbre que produce el sufrimiento propio y el del otro. Es bien sabido, pero olvidado, que la enfermedad sea física o mental es una construcción y no una entidad. Es una ficción, que no obstante sirve para poder estudiarla, la cual se construye a partir de la agrupación de signos y síntomas, para conformar las categorías nosológicas, que se compilan en los manuales diagnósticos.

En la actualidad, son muchas las ventajas de contar con estos manuales, entre las más evidentes está el poder tener un consenso o acuerdo generalizado frente a las patologías mentales entre los diferentes profesionales de la salud, lo que permite tener lineamientos comunes frente a la manera como se evalúa, diagnóstica, y se interviene la salud mental.

Entre los defensores de los manuales encontramos autores como Butcher, Mineka y Hooley, quienes hacen referencia a la importancia de la evaluación psicológica para obtener información valiosa para el tratamiento de los pacientes y afirman que “El diagnóstico psicológico, es el proceso mediante el que un clínico alcanza una clasificación sintética general de los síntomas del paciente, siguiendo un sistema claramente definido con el DSM o con el CIE 10”¹, es decir, ponen de manifiesto que el proceso clínico necesariamente pasa por un proceso clasificatorio de acuerdo con los manuales establecidos para ello. Desde esta perspectiva plantean un modelo clínico basado en la observación empírica, la descripción objetiva, el análisis y por último la clasificación que es básicamente la agrupación de signos y síntomas en cuadros diferentes; modelo que es el que prima actualmente entre los profesionales que se ocupan de la salud mental.

Otro de los argumentos a favor de la utilización de los manuales diagnósticos es que al universalizar conceptos y traducir los síntomas, observables y los malestares psíquicos analizables desde diversas concepciones teóricas, a un lenguaje común hacen posible la sistematización de información y el uso de herramientas estadísticas para evaluar prevalencias de enfermedades mentales en diferentes poblaciones al igual que comparar tasas de incidencias y morbilidades.

Para quienes están a favor de los manuales, especialmente el DSM, la evaluación multiaxial permite considerar diferentes dimensiones de la complejidad humana al abordar un caso, aunque desafortunadamente, en la práctica, la tendencia suele ser la no aplicación de esta valiosa herramienta, limitándose al diagnósticos en el eje I y eventualmente en el eje II. Lo demás suele no ser tenido en cuenta, especialmente en el ámbito médico ya que corresponden a situaciones sobre las cuales consideran no tener implicación o herramientas de acción, ya que para ello no es posible optar por medidas farmacológicas de intervención.

¹ Butcher, Mineka y Hooley. (2007). *Psicología clínica*. Ed. Pearson. P. 102

En general, los manuales diagnósticos, no limitan al profesional a un método determinado de evaluación o de tratamiento, ya que por naturaleza son ateóricos, brindan aspectos generales para la lectura de la sintomatología y manifestaciones comportamentales, para comprender y tratar los trastornos dentro de un marco conceptual referencial determinado. Los métodos y las técnicas utilizadas para el esclarecimiento del diagnóstico y las estrategias utilizadas para el tratamiento, son propios de cada orientación teórica y para ello, el manual no exige, ni sugiere ninguna en particular.

Sin embargo, a pesar de los argumentos expuestos anteriormente, y algunos otros que seguramente se escapan, existen otros bastante contundentes que invitan a tener una mirada crítica a los profesionales de salud mental, en el momento de hacer uso de los manuales, pero sobre todo en la manera en que su uso marca su ejercicio clínico.

En primer lugar, se encuentra que a través del tiempo y desde la existencia de los primeros manuales diagnósticos se ha llegado a una multiplicación de desórdenes y a una extrema reducción clasificatoria, que parece estar más al servicio de intereses políticos, científicos y económicos que a los intereses de los pacientes que sufren y que demandan ser escuchados, ayudados y curados, esto es ampliamente denunciado por Allen Francés en sus críticas al DSM V².

Retomando algunos planteamientos del texto “El arte del diagnóstico”³, se evidencia como al desentenderse de la etiopatogenia en los manuales diagnósticos, no queda lugar para la construcción de supuestos o hipótesis clínicas; presentar algunos de los síntomas observables de un trastorno bastará para enunciar si se tienen o no dicho trastorno. “Establecido el desequilibrio neuroquímico que supone cada uno de los trastornos clasificados, la declaración del trastorno sólo espera la prescripción del fármaco. La efectiva desaparición de los signos mórbidos bastará para

² FRANCES, Allen. Preparémonos. Lo peor está por venir: el DSM V: Una pandemia de trastornos mentales. Publicado por Respsi el 19 de Abril de 2010.

³ El arte del diagnóstico. En Apuntes para una epistemología psicoanalítica. Colegio Epistemológico y Experimental. Buenos Aires, ICBA, n. 7, 2003 (Publicación con artículos de Ernesto Sinatra, Jorge Bekerman, Graciela Esperanza, Sergio Linietsky)

confirmar la validez del diagnóstico”⁴. De este modo, frente a la no mejoría de un paciente diagnosticado de depresión ante el fármaco indicado para este trastorno, se cambia de diagnóstico fácilmente si el paciente comienza a mejorar ante el cambio a un ansiolítico. Este acto, que se repite constantemente ignora las graves consecuencias para el paciente, los fracasos del sistema clasificatorio, los efectos indeseados que se producen y el retorno de los síntomas y el sufrimiento.

En la cotidianidad se observa entre algunas consecuencias de la divulgación científica de estos manuales diagnósticos es que se llega a medicalizar cualquier forma de sufrimiento, los pacientes llegan a las consulta con un diagnóstico previo de los que les sucede, encasillados en una categoría diagnóstica, borrando su singularidad y quedando en un segundo lugar las destrezas clínicas de profesional de la salud mental, ante esquemas terapéuticos preestablecidos y diagnósticos automatizados. Los manuales diagnósticos “están hechos para eliminar la subjetividad del clínico, pues la del paciente (apenas un depositario de trastornos clasificados) no tiene ningún lugar en estas escalas. Si se atiene a estas normas, el clínico ya no merece el nombre pues, encerrado en la clasificación, se excluye de su acto propio que es situar, entre la inhibición y la angustia, el lugar del síntoma”⁵. Ante esta realidad, el diagnóstico deja de ser un arte para convertirse en un diagnóstico automático que refiere cada caso a una regla donde no hay lugar para el juicio del clínico.

El inadecuado uso de los manuales conlleva además otros peligros. Su disponibilidad, simplicidad y accesibilidad hace que sea consultado y utilizado por cualquiera para hacer diagnósticos de manera inescrupulosa, por ello no es nada raro recibir en la práctica clínica a pacientes que llegan de una vez con el rótulo del diagnóstico que se han hecho de a partir de consultas informales a través del uso de diferentes medios de información y comunicación y derivado de ello la dificultad para poner de manifiesto la historia de la enfermedad, y la sintomatología ya que de entrada el sujeto solo quiere saber de manera fácil y rápida la estrategia para eliminar los signos de su enfermedad sin saber cómo está el implicado en esto. Los manuales diagnósticos llegan a ser usados por

⁴ Ibíd. pag 2.

⁵ Ibíd. pág. 5.

personal sin formación clínica, con un simple entrenamiento en el funcionamiento del manual comienzan a hacer uso de él, y con ello a producir estragos. “El arte del diagnóstico, situado en su relación de oposición al estándar clasificatorio que reduce al sujeto a ser elemento de una clase, se orienta a ubicar las coordenadas lógicas con las que es posible pensar la clínica de lo particular, la clínica del caso por caso”⁶.

No se puede perder de vista, que cada síntoma es singular para un sujeto, que apunta a la particularidad de su historia, de su modo de sufrir y que no puede homogenizarse ante un universal, sino que tiene que ser escuchado en su singularidad, en su llamado al otro, permitir que emerja su subjetividad, es allí donde es necesario para la clínica dejar en suspenso el afán de juicio y postergar el acto clasificatorio para emerja el sentido del síntoma; el clínico debe descifrar en la experiencia lo que le pasa a ese sujeto; paso a paso, se llega al diagnóstico, no automáticamente sino desde la diferenciación clínica, desde el trayecto mismo con el paciente y no puede derivar de un a priori de la experiencia clínica; se requieren de un tiempo necesario para que advenga el juicio.

Pero tal vez una de las principales consecuencias del mal uso de los manuales es la primacía que se hace de los signos sobre los síntomas y las consecuencias clínicas de ello.

En la semiología médica se marca la diferencia entre los signos y los síntomas. Los primeros son aquellos mensurables, cuantificables y sobretodo observables por parte del médico. Los segundos en cambio son aquellos que expresa el paciente y sobretodo que se escapan a la observación del médico. Psicoanalistas como Julio E. Hoyos⁷, afirman que debido a que en el sistema de salud actual el tiempo es bastante corto para la atención de los pacientes, la entrevista tiende a quedar relegada a un interrogatorio orientado a la confirmación de signos de los cuales se deriva el diagnóstico. Una vez se cumple con la tarea diagnóstica, se propone al paciente una categoría nosológica, en la cual él como sujeto desaparece para ser presentado como un

⁶ Ibíd. pág. 14.

⁷ HOYOS, Julio E. El discurso de la medicina y la exclusión del sujeto. Sin publicar.

número más en las estadísticas, se afirma que esto resulta en última instancia en quitarle la responsabilidad al paciente de su afección, impedirle hacerse cargo de su cuerpo atravesado por la incompletud que señala la enfermedad, y despojarlo de lo más humano que tiene.

En el caso de la atención médica, cuando el acto médico se ve reducido a diagnosticar y servir de intermediario entre el laboratorio y el órgano receptor del fármaco, el paciente queda eximido de toda responsabilidad, no tendrá de que preocuparse, frase que con frecuencia, acompaña el acto de la prescripción, pues el medicamento lo solucionará por él.

BIBLIOGRAFÍA

BUTCHER, MINEKA y HOOLEY. *Psicología clínica*. Ed. Pearson. 2007

FRANCES, Allen. Preparémonos. Lo peor está por venir: el DSM V: Una pandemia de trastornos mentales. Publicado por Respsi el 19 de Abril de 2010.

HOYOS, Julio E. El discurso de la medicina y la exclusión del sujeto. Sin publicar.

El arte del diagnóstico. En Apuntes para una epistemología psicoanalítica. Colegio Epistemológico y Experimental. Buenos Aires, ICBA, n. 7, 2003 (Publicación con artículos de Ernesto Sinatra, Jorge Bekerman, Graciela Esperanza, Sergio Linietsky)